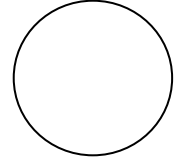


※ この欄には記入しないでください。

受付日

整理番号		決 裁 処 理	1 認定する	年 月 日から
資格 得喪	取得 年 月 日		2 認定しない	認定しない理由
	喪失 年 月 日			
摘 要	・ 一般 ・ 退職			



## 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 記号・番号	宮	フリガナ		世帯主 との 続柄
		認定を受ける 氏 名	男 女	
		生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
個人番号				
疾 病 の 名 称				
更生 医療 券	公費負担者 番 号		公費負担医療 の受給者番号	
	交 付 日	年 月 日		
	認 定 日	年 月 日		
<p>(注) 更生医療券が未交付の場合は、医師の意見書を添付してください。(裏面)</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>宮 津 市 長 様</p> <p>世帯主 住所 京都府宮津市字 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話(            ) - _____</p>				